

麻薬

施
管
研

用
理
究

者

業務（研究）廃止

免 許 証 返 納

届^{※1,2}

免許証の番号		第 号	免許年月日 （有効期間の始期）	年 月 日
麻薬業務所	所在地	〒		
	名 称			
氏 名				
業務（研究）廃止又は 免許証返納の事由				
上記事由の年月日		年 月 日		
上記のとおり、（ 業務（研究）を廃止した ・ 免許証を返納したい ）^{※1} ので免許証を添えて 届け出ます。 年 月 日 住 所^{※3} 〒 届出義務者続柄 本人 ・ 相続人等 （該当に○をつける） ふりがな 氏 名^{※3} 千葉県知事 様				

（注意事項）

※1（ ）内の該当する免許の種類、届出内容に○を付けてください。

※2 業務（研究）廃止届

…免許証の有効期間内において、異動や退職等により麻薬業務（研究）を廃止する場合

免許証返納届

…有効期間が満了した免許証を返納する場合や、免許取消し処分により免許証を返納する場合

※3 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

該当する免許・届出の種類に○を付けてください。

麻薬 施
管
研 用
理
究 者 業務（研究）廃止
免許証返納 届^{※1,2}

免許証の番号		医第〇〇〇号	免許年月日 (有効期間の始期)	令和 4 年 1 月 1 日
麻薬業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区〇〇町〇-〇		
	名 称	医療法人社団〇〇会 〇〇病院 Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
氏 名		〇〇 〇〇〇		
業務（研究）廃止又は 免許証返納の事由		退職のため		
上記事由の年月日		令和 4 年 3 月 3 1 日		
上記のとおり、(業務（研究）を廃止した ・ 免許証を返納したい) ^{※1} ので免許証を添えて 届け出ます。 令和〇年〇月〇日 住 所 ^{※3} 〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市美浜区〇町〇〇 届出義務者続柄 本人 ・ 相続人等 (該当に○をつける) ふりがな 氏 名 ^{※3} 〇〇〇 〇〇〇 千葉県知事 様				

該当する届出の内容に○を付けてください。

届出する麻薬施用者・麻薬管理者・麻薬
研究者個人の住所、氏名を記載してくだ
さい。

本人死亡の場合は、「相続人等」に
○をつけること。

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類、届出内容に○を付けてください。

※2 業務（研究）廃止届

…免許証の有効期間内において、異動や退職等により麻薬業務（研究）を廃止する場合

免許証返納届

…有効期間が満了した免許証を返納する場合や、免許取消し処分により免許証を返納する場合

※3 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。